



TITLE:

# 第6回中国地方脳神経外科手術研究会

AUTHOR(S):

---

CITATION:

第6回中国地方脳神経外科手術研究会. 日本外科宝函 1993, 62(3): 189-192

ISSUE DATE:

1993-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203676>

RIGHT:

## 第6回中国地方脳神経外科手術研究会

日 時：平成4年8月22日（土）

場 所：武志山荘「富士の間」

世話人代表：島根医科大学脳神経外科 森竹浩三

### 1) 椎骨動脈瘤の2例

鳥取大学 脳神経外科

○稲垣 裕敬, 平野 信夫  
谷浦晴二郎, 堀 智勝

椎骨動脈系には通常の嚢状動脈瘤の他に解離性動脈瘤あるいは紡錘状動脈瘤が好発することが知られている。今回我々は、いずれも重症くも膜下出血で発症し、血管撮影所見および手術所見から右椎骨動脈の紡錘状動脈瘤と解離性動脈瘤と思われた症例を一例ずつ経験したのでビデオを供覧する。

### 2) 椎骨・脳底動脈瘤の2手術例

中国労災病院 脳神経外科

○島 健, 岡田 芳和  
西田 正博

最近経験した2例の脳底動脈先端部 large aneurysm と、椎骨動脈 union 動脈瘤の手術を報告した。

【症例1】63歳、女性。CT で発見された incidental aneurysm であった。右 pterional approach で露出するに術野を充満する動脈瘤で P<sub>1</sub>, SCA が動脈瘤より分枝, clipping 不能と判定, BA が hypoplastic であったため, 術中 doppler 血流計を用い, SEP, ABR を測定しながら BA の proximal clipping を行った。術後神経症状を残すことなく軽快独歩退院した。

【症例2】74歳、女性。SAH で発症, 術前脳血管造影で正中に位置する VA union aneurysm と判明, 側臥位で suboccipital craniectomy で condyle を十分削除し, 動脈瘤に到達した。VA に temporary clip を置いた後, clipping に成功した。軽度嘔声を残して退院した。V-B 系動脈瘤で困難な approach を要した2症例につき video で供覧, 検討を加えた。

### 3) 脳ドックで見つかった

fenestrated A1 aneurysm

山口大学 脳神経外科

○山下 哲男, 柏木 史郎  
師井 淳太, 秋村 龍夫  
城山雄二郎, 伊藤 治英

【症例】61歳、男性。脳ドックの MRA にて左 A1 に脳動脈瘤が見つかった。既往歴, 家族歴に特記なかった。入院時神経学的所見は正常であった。手術は半球間裂間アプローチで行い, 左 A1 fenestration 部の嚢状動脈瘤をクリッピングした。一過性に記憶力障害をきたしたが, 神経症状を残さず退院した。手術ビデオを供覧し, 同部動脈瘤の発生頻度 (0.14%), 脳ドックによる動脈瘤発見率 (約1%) について文献的に考察した。

### 4) 静脈バイパスを併用した脳動脈瘤 2手術例

福山脳研大田記念病院 脳神経外科  
佐藤 昇樹

内頸動脈巨大脳動脈瘤の中で, 側副血行路が十分でない症例に対して, 遊離自家静脈片を用いたバイパス手術を併用し, 脳虚血症状の発現なく, 良好な結果を得た2症例を報告した。

【症例1】67歳、女性。眼球運動障害にて発症した。左側海綿静脈洞からトルコ鞍上に進展した約 4.5 cm の巨大動脈瘤に対し, 頸部から中大脳動脈へ静脈バイパスを造設しトラッピングを行った。

【症例2】59歳、女性。くも膜下出血にて発症した。左側の眼動脈瘤であったが, 側副血行が不良で, バルーンマスタテストにて約9分間で片麻痺が出現したため, 慢性期手術を予定していた。再出血したため, 術

中の一時遮断の脳虚血防止の目的のため、静脈バイパスを造設後、急性期クリッピング術を行った。2症例とも脳虚血症状を残さず退院できた。

## 5) 流入動脈上の動脈瘤より出血したと思われる多発性 AVM の一例

鳥取大学 脳神経外科

○竹信 敦充, 宮田 元  
紙谷 秀規, 堀 智勝

多発性 AVM の一症例を経験した。

【症例】48歳, 男性。脳内血腫で発症した。右レンズ核線状体動脈を流入動脈とし内大脳静脈を流出静脈とする右基底核部の small size の AVM があり, 出血源は流入動脈に並存する動脈瘤からと思われた。また右側頭葉内側部に  $\phi 3.5$  cm の AVM, さらに右中心溝付近に MCA 皮質枝を流入動脈とする動静脈瘻をも伴っていた。右前頭葉に皮質切開をおき, 出血源の動脈瘤と基底核部 AVM の摘出を行った。

## 6) Large pituitary adenoma に対する 経蝶形骨洞手術と前頭半球間裂 アプローチの併用

山口県立中央病院 脳神経外科

○上之郷真木雄,  
越智 章, 鬼塚 正成  
萬木 二郎

【症例】42歳, 男性。両耳側半盲を主訴として来院。MRI にて長径 40 mm の鞍上部に大きく進展した腫瘍所見を認めた。

【手術】まず経蝶形骨洞手術にて腫瘍摘出を試みたが, 腫瘍成分は硬く易出血性であり, また脊髓腔内に生食水 5 ml を計 3 回注入するも腫瘍成分の下降を認めず, 腫瘍摘出を鞍内にとどめた。20日後両側前頭開頭, anterior interhemispheric approach にて, 嗅覚は温存しつつ, 残存する鞍上部成分を全摘出した。

## 7) 第Ⅲ脳室内を占拠した retrochiasmatic type の craniopharyngioma の一摘出例

広島大学 脳神経外科

○木矢 克造, 魚住 徹  
江口 国輝

【症例】10歳, 女児。1992年1月頭痛, 嘔吐が出現したため近医を受診し, 脳腫瘍と水頭症の合併を指摘された。2月3日 V-P shunt が施行され, 5月2日入院した。神経学的には右眼の鼻側半盲を認めた。画像上は鞍上部に石灰化を伴った 5 cm 大の multicyst を有す腫瘍であった。5月12日 interhemispheric translamina terminalis and pterional approach にて腫瘍摘出を行なった。組織所見は craniopharyngioma であった。術後一過性の高 Na 血症と尿崩症を認めたが, 視野狭窄は改善した。

## 8) 視床血管芽腫の一手術例

国立呉病院 脳神経外科

○勇木 清, 児玉 安紀  
堀田 卓宏, 谷口 栄治  
飯田 幸治

【症例】45歳, 男性。主訴は頭痛, 左半身のしびれ感。CT, MRI で右視床に 3 cm 径の隔壁を有する嚢胞性病変とその内側に増強される部分を認め, 脳血管撮影では右視床膝状体動脈を導管動脈とする腫瘍陰影が描出された。右頭頂開頭で嚢胞開放, 壁在結節部腫瘍摘出を行った。病理診断で血管芽腫と診断したが, von Hippel-Lindau 症候群ではなかった。極めて稀な視床血管芽腫の手術例を video で供覧し報告する。

## 9) Occipital transtentorial approach を 行なった小脳腫瘍の1例

山陰労災病院 脳神経外科

○田中 泰明, 美津島 稜  
川上 伸

われわれは通常の後頭下開頭では腫瘍に到達するのが困難と思われた小脳虫部腫瘍に対し, 松果体腫瘍でよく行なわれる occipital transtentorial approach を応用した。

【症例】67歳，男性．右聴力低下，右耳鳴，体動時のふらつきを訴え，神経学的に右聴力低下，体幹性失調を認めた．CT，MRI，脳血管写などから小脳虫部腫瘍と診断した．右後頭開頭を行ない，transtentorial approach により腫瘍を全摘した．

## 10) 巨大中大脳動脈瘤の1例

国立岩国病院 脳神経外科

○宮田伊知郎，今岡 充  
松海 信彦，正岡 哲也  
西浦 司，石光 宏

【症例】50歳，女性．意識障害と右片麻痺で入院した．脳血管撮影で左中大脳動脈 M1 に neck をもつ長径 27 mm の巨大動脈瘤を認め，術前 H&K Grade IV で，Day 1 に直達手術を行った．動脈瘤の neck は ant. temp. a. 分岐部直後から M1 全体にわたり，2本の M2 は動脈瘤の dome から出ている．Sugita No. 90 と 37 で clipping を行ったが，術後の血管撮影で M2 の 1 本が消失していた．Clipping にもっと工夫を行うべきであったと反省させられた．

## 11) 血栓性巨大脳動脈瘤の手術

広島大学 脳神経外科

○桑原 敏，魚住 徹  
矢野 隆，武智 昭彦  
前田 仁史，大庭 信二  
磯部 尚幸，  
Zainal Muttaqin

【症例】62歳，女性．意識障害と左片麻痺で発症し，右中大脳動脈に 60×50×38 mm の血栓性巨大動脈瘤がみられた．右前頭側頭開頭を行い，シルビウス裂を開放して親動脈を確保．次いで dome を切開後血栓を除去し，さらに temporary trapping を行って残存血栓を完全に除去した．その後，頸部の石灰化した atheroma を含め瘤内膜剝離術を行い，直接 neck clipping を施行した．手術手技をビデオで供覧し，瘤内膜剝離術の有用性を報告した．

## 12) Transpetrosal approach による脳底動脈下半部動脈瘤クリッピングの1例

周東総合病院 脳神経外科

○織田 哲至，梶原 浩司  
泉原 昭文

脳底動脈下半部動脈瘤（右 VA-AICA 分岐部）に対して慢性期に Transpetrosal approach にてクリッピングを行った症例を報告した．

【症例】68歳，男性．頭痛と嘔吐で発症した（Hunt & Kosnik grade 2, Fisher's grade 2）．三叉神経と外転神経の間から Sugita の弱彎クリップを用いクリッピングを行った．動脈瘤までの到達は容易であったが，視野は狭く親動脈の確認は困難であった．米増式のクリップ鉗子が有用であった．

## 13) 同側内頸動脈欠損例に生じた後交通動脈瘤の1手術例

島根医科大学 脳神経外科

○小西 正治，松本 吉史  
高家 幹夫，山崎 俊樹  
森竹 浩三

zygomatic approach は，高位の動脈瘤，あるいは通常の高さの動脈瘤に対しても大きな動脈瘤や clip の進入角度を術中に様々に変換しなければならないような動脈瘤に対してはより安全な approach である．今回我々は同側内頸動脈欠損と後交通動脈と思われる拡張進展蛇行した血管の側壁の動脈瘤で，zygomatic approach による neck clipping を行い，良好な結果が得られたので報告した．

## 14) Large AVM の摘出術

宇部興産中央病院 脳神経外科

○阿美古征生，岡村 知實  
黒川 泰，池山 幸英  
渡辺 浩策

【症例】右後頭葉脳内血腫で発症した巨大 Mixed AVM 例とクモ膜下出血で発症した未破裂内頸動脈多発性動脈瘤を伴った inferior vermis の large AVM 例で，いずれの症例も，Spetzler の AVM 分類の grade IV に相当した．Mixed AVM 例は術前に主な流入血管

をエパールで塞栓し、2週間後に手術を行った。未破裂動脈瘤を伴った症例は、脳動脈瘤の処置を最初に行い、その3週間後にAVMの摘出術を行い、良好な結果を得た。

## 15) 経錐体到達法で摘出した巨大聴神経鞘腫

川崎医科大学 脳神経外科

○石井 鎌二, 平野 一宏  
岡村 大成, 鎌田 昌樹

【症例】38歳, 女性。左側小脳橋角部に6×5 cm大の腫瘍が存在し、さらに錐体前部、斜台にまで進展していた。この聴神経鞘腫に対して、middle fossa approach, transpetrous approach を組み合わせた combined approach にて腫瘍摘出術を行った。術後、左顔面神経麻痺と外転神経麻痺の増悪がみられた。前者には神経吻合術を行い、後者は経過観察にて軽快した。

経錐体到達法は、比較的広い視野で、脳を最小限の圧排で、直接的かつ短距離で腫瘍に達することができる利点を有していた。手術にあたっては側頭骨解剖を立体的に理解しておくことが不可欠であるが、骨削除の技術に習熟していることが重要である。

## 16) Transbasal approach による斜台腫瘍摘出術の経験

マツタ病院 脳神経外科

○迫田 勝明, 畠山 尚志  
羽田 浩

左外転神経麻痺, 反回神経麻痺, 舌下神経麻痺で発症した斜台腫瘍の1例を経験し、transbasal approach で手術し良好な結果を得たので、その手術法を中心に報告する。

【症例】64歳, 女性。上記症状で発症した。腫瘍の広がり診断と手術 approach の検討には MRI-volume scan が有用であった。手術は transbasal approach により行ったが、この approach の長所は患者に対する侵襲が少なく、斜台下部まで直視できることである。我々の経験では、この手術の難点は嗅覚が障害されることと、側方の視野が狭いことであると考える。

## 17) 頭蓋底髄膜腫

山口大学 脳神経外科

○西崎 隆文, 伊藤 治英  
川上 憲章, 藤井 正美  
加藤 祥一

【症例】43歳, 女性。右嗅覚脱失・右内嚢部腫瘍あり。右前頭部から篩骨洞、副鼻腔に伸展した右嗅窩部髄膜腫に対し塞栓術後、transbasal transcranial approach により腫瘍を全摘。有茎の骨膜と硬膜を用い頭蓋底再建を行った。術後髄液漏・髄膜炎症状はなく経過良好である。

## 18) 海綿静脈洞およびテント下に伸展したテント内側髄膜腫 —手術法とその問題点—

社会保険下関厚生病院 脳神経外科

○大田 英則, 速形 安洋  
安藤 彰, 福村 昭信

Incidental に発見された海綿静脈洞およびテント下に伸展したテント内側髄膜腫の手術を subtemporal transtentorial approach にて行なった。腫瘍は滑車神経をまき込んでテント内側から海綿静脈洞に浸潤していた。全摘出をするには滑車神経を犠牲にする必要があったので、海綿静脈洞中の腫瘍は残した。Incidental tumor であり、今回の手術はこれで良かったと思われる。しかし再発増大時の手術はかなり困難が予想された。